

La dysphagie

Les troubles de la déglutition sont peu conscients chez les patients et donc dépistés tardivement. Or, ces troubles mettent en jeu le pronostic fonctionnel respiratoire et vital du patient.

La dysphagie touche principalement les phases orale et pharyngée.

Phase orale: nous observons une **diminution du contrôle**, de **la mobilité** et de **la force linguale**, un allongement du temps buccal avec le **phénomène de rooling** et enfin une **diminution des mouvements mandibulaires**. Tout ceci entraîne la formation incorrecte du bolus et favorise **l'absence ou le retard du déclenchement du réflexe** de déglutition. Ce manque de déclenchement serait en partie à l'origine d'une **hypersialorrhée** (excès de salive).


Phase pharyngée: nous relevons une **diminution du péristaltisme**, un **défait de mise en place des trois verrous** du sphincter (montée du larynx, bascule de l'épiglotte, fermeture des cordes vocales: CV) augmentant, ainsi, le risque de fausses routes, la **présence de stases valléculaires** et enfin un **réflexe de toux affaibli majorant le risque de fausses routes et d'infections bronchiques**.

Les signes d'alerte devant attirer notre attention sont : une perte du plaisir à s'alimenter, une diminution de la quantité de nourriture ingérée, un allongement du temps de repas amenant une perte de poids du patient.

ÉVALUATION

Comme pour chaque évaluation, nous réaliserons une **ANAMNÈSE** avec des questions générales, mais dans laquelle des points plus spécifiques devront apparaître : les données médicales et diététiques (poids, problèmes respiratoires, adaptations prothétiques, nutrition actuelle, nombre de repas par jour et comportement durant les repas...), les questions spécifiques à la prise des repas (difficultés ou douleurs lors de la mastication et de la déglutition, difficultés plus marquées pour les solides/liquides/salive, présence de toux avant/pendant/après le repas, lenteur des repas, excès de salive, restes alimentaires en bouche...). Il est également important d'observer, lors de l'entretien, la posture générale (contraction/asymétrie des épaules, port de tête), le mode et le type de respiration, la présence de toux fréquentes...

Nous allons vous proposer ici, un canevas du bilan de déglutition que nous avons pu retirer de nos différentes lectures. Vous pouvez également vous référer au « *Bilan de déglutition* » proposé par Crunelle en 2006, disponible chez Ortho-Edition.

Types d'examen	Consignes
Sensibilité tactile	<p>- Toucher différentes zones : intérieur des joues, lèvres, gencives, palais, langue.</p> <p>- Vérifier la présence ou non d'un réflexe nauséeux</p> <p>- Évaluer les sensations thermiques : chaud/froid</p> <p>Le patient devra effectuer un signe s'il sent quelque chose.</p> <p><u>Outils</u> : coton-tige, abaisse-langue, doigt de glace, chauffe-main, piquer avec une fourchette un aliment chaud ou froid et toucher les différentes zones ci-dessus.</p>
Sensibilité gustative	<p>- Toucher les différentes zones de la langue en fonction du goût choisi. Le patient devra sentir et qualifier le goût en bouche.</p> <p><u>Outils</u> : cotons-tiges imbibés d'eau salée, sucrée, acide (citron), amère (Bytex)</p>  <p>The image shows four diagrams of the tongue from a dorsal view, each with a different colored area indicating a taste zone: Sucré (Sweet) in orange at the tip, Salé (Salty) in green on the sides, Acide (Sour) in blue on the sides, and Amer (Bitter) in purple at the back.</p>
Examen bucco-dentaire	<p>- Vérifier l'état des gencives, des dents, l'aspect de la langue, la présence de prothèses dentaires, de mycoses ou d'une hypersialorrhée.</p>
Praxies	<p>- Demander au patient d'effectuer différents mouvements : de la <u>tête</u> (flexion/extension, rotation droite /gauche, inclinaison droite/gauche) ; de la <u>mandibule</u> (ouverture/fermeture, diduction, propulsion/rétropulsion, claquement de dents) ; des <u>joues</u> (gonflement/aspiration, contre-résistance) ; des <u>lèvres</u> (ouverture/fermeture, étirement/projection) ; de la <u>langue</u> (propulsion avant/côté/vers le nez/vers le menton, rétraction, rotation suivant le contour des lèvres, claquement de langue, balayage du palais) ; du <u>voile du palais</u> (élévation sur un /a/, abaissement sur un /ā/) ; et du <u>larynx</u> (montée : avaler sa salive/produire un son aigu ; descente : tenir un /a/ grave).</p>
Essais de déglutition	<p>- Suivre la progression suivante (chaque étape sera poursuivie au bout de 5 à 10 minutes si aucune toux n'est constatée) : essai avec une demi-cuillère à café de semi-solide (yaourt sans fruits, velouté), la totalité de la cuillère, un morceau de mie de pain, un morceau de gâteau (Petit-Beurre), une cuillère à café de jus d'orange, une cuillère à café d'eau, puis augmenter petit à petit la quantité de liquide pour arriver au verre.</p>

	<p>- <i>Observations et indications pendant et entre chaque prise</i> : présence d'une dyskinésie/raideur lors du maintien du verre, vitesse et fréquence d'avalement des gorgées, hémage/toux, montée laryngée, stases buccales, qualité de la voix (émission d'un /a/ après chaque prise pour détecter la présence d'une voix mouillée, indicatrice d'une fausse route silencieuse).</p> <p><u>Autres tests cliniques :</u></p> <p>Test de capacité fonctionnelle de la déglutition (TFCD) : pour établir le profil alimentaire du patient (cf. le lien suivant : http://op17.fr/wp-content/uploads/2012/02/test_capacites_deglutition.pdf).</p> <p>Test des « 3-Oz » d'eau : Consiste à donner au patient un verre contenant 90 millilitres d'eau à boire selon la consigne suivante « Buvez cette tasse entièrement et sans interruption ». Si le patient tousse pendant la prise ou une minute après, le test est échoué. Il faudra alors adapter la consistance des liquides.</p> <p><u>Remarque</u>: Ce test n'est pas suffisant pour établir un diagnostic fiable.</p>
<p>Explorations instrumentales</p>	<p>Non systématiques, mais utiles à demander pour un complément d'informations : <u>nasofibroscopie</u>, <u>vidéofluoroscopie</u>, <u>manométrie</u>, <u>évaluation pulmonaire</u></p>

PISTES DE PRISE EN CHARGE

Avant la rééducation à proprement parler, notre rôle sera d'expliquer au patient les différentes étapes de fonctionnement de la déglutition, afin d'amener à une meilleure prise de conscience, et donc renforcer la motivation. Il faudra l'informer sur l'importance d'un dépistage spécifique et complet en tenant compte des **signes d'alertes** (amaigrissement, allongement du temps de repas, infections bronchiques chroniques, fièvre, présence de toux, voix mouillée, restes alimentaires en bouche, perte d'étanchéité labiale...).

1) Prise en charge adaptative / compensatrice

Ce type de prise en charge a pour objectif de changer les comportements du patient. Elle va amener celui-ci à une déglutition **volontaire et consciente**.

- **Adaptation de l'environnement.** Il est préférable pour le patient de fractionner les repas, d'avoir un environnement calme avec un mobilier et des outils adaptés aux troubles moteurs. Il faut également veiller à une bonne posture générale (assise correcte, pieds à plat au sol, menton légèrement rentré).

● **Adaptation de l'alimentation.** Le bol alimentaire devra être adapté du point de vue :

- du *volume* : privilégier les petites quantités.
- de la *consistance ou texture*: liquides, liquides épaissis (yaourt), semi-solides (flan) et solides (viande). Il est recommandé d'utiliser en cas de défaut de déclenchement du réflexe, des textures épaisses et à contrario, en cas de défaut de transport pharyngé, des liquides. Les boissons gazeuses sont, elles aussi, conseillées pour un meilleur déclenchement du réflexe.
- de la *température* : éviter les températures intermédiaires (tièdes). Le froid est particulièrement stimulateur de la déglutition.
- du *goût*: donner au patient des saveurs appréciées et prononcées. L'acide stimulerait davantage le réflexe de déglutition.
- de l'*aspect visuel*: qualité et esthétique de l'assiette vont aider à susciter l'appétence du patient.

Les aliments à éviter sont : les jus d'agrumes, les aliments trop filandreux (poireau), les aliments de petite taille et granuleux (riz), les aliments collants sur les muqueuses (fromage), l'eau plate à température ambiante, les fruits durs, les biscuits secs, les biscottes...

● **Positions de la tête.** La position de la tête tient un rôle primordial dans la déglutition.

Certaines positions facilitent le passage du bolus vers l'œsophage, en jouant sur les volumes pharyngé et laryngé.

Postures	Comment ?	Pourquoi ?
Flexion antérieure	Tête vers l'avant, menton sur le sternum (en exagérant le mouvement), dos bien droit.	Referme l'entrée du larynx, augmente l'espace valléculaire et facilite le transit du bol vers les sinus piriformes. Permet d'éviter une fausse route avant le déclenchement du temps pharyngien. Indiquée en cas de <u>retard de déclenchement du réflexe de déglutition</u> et <u>d'une fermeture laryngée insuffisante</u> .
Extension postérieure	Tête vers l'arrière, cou en extension.	Favorise le transport du bolus vers l'arrière de la bouche. L'entrée du larynx est élargie et son ascension est plus difficile. Le patient doit donc avoir un verrouillage laryngé efficace. Indiquée seulement en cas de <u>perturbation de la phase orale</u> .

Rotation	Tête tournée à 90° du côté atteint.	Ferme le sinus piriforme du côté de la rotation et favorise le passage du bolus du côté sain.
Flexion/rotation	Tête tournée (du côté atteint) et fléchie, menton vers la clavicule	Facilite le passage du bol dans le sinus piriforme côté sain et renforce la fermeture du larynx.
Inclinaison	Tête inclinée, oreille le plus près de l'épaule, sans montée de cette dernière.	Orienté principalement le bol vers le côté sain. Les muscles de la déglutition se contractent de manière asymétrique.

• **Modification de la manière d'avaler (Manœuvres).** Il faut privilégier la technique avec laquelle le patient aura le moins de fausses routes. Si tel est le cas, il faut l'amener à tousser. La manœuvre d'Heimlich est préconisée si le patient ne peut expectorer.

Manœuvres	Comment ?	Pourquoi ?
Fermeture précoce des CV	Mastication - Rassemblement du bol sur le dos de la langue - Inspiration nasale légère - Blocage de la respiration (et donc fermeture des CV) - Déglutition- Respiration.	Indiquée en cas de <u>défaut de fermeture du larynx</u> et de <u>retard de déclenchement</u> du réflexe de déglutition.
Déglutition supra-glottique	Mastication - Rassemblement - Inspiration nasale - Blocage de la respiration - Déglutition - Toux - Respiration.	Indiquée en cas de <u>défaut de fermeture du larynx</u> et de <u>retard de déclenchement</u> du réflexe de déglutition. Mais également lors <u>de la présence de stases pharyngées</u> (nettoyage grâce à la toux).

Déglutition super supra-glottique	Mastication - Rassemblement - Inspiration nasale - Blocage de la respiration + contraction musculaire (comme si le patient voulait se soulever de sa chaise) - Déglutition - Toux - Respiration.	Pour renforcer la fermeture volontaire des CV et pour expectorer les éventuelles stases.
Déglutition d'effort	Mastication - Rassemblement - Inspiration nasale - Forcer le mouvement de déglutition en contractant les muscles de la cavité buccale et du cou.	Indiquée en cas de <u>stases valléculaires</u> et/ou d'une <u>faiblesse de propulsion linguale</u> .
Déglutition de Mendelsohn	Mastication - Rassemblement - Inspiration nasale - Blocage de la respiration - Déglutition et maintien du larynx en position haute pendant quelques secondes (le patient peut maintenir son larynx manuellement) - Respiration.	Permet au bolus alimentaire de prendre le temps de descendre, évite les fausses routes et assure le maintien d'une ouverture prolongée du sphincter supérieur de l'œsophage. Indiquée en <u>cas de faible ouverture</u> ou <u>de fermeture prématurée du sphincter supérieur de l'œsophage</u>
Résistance frontale associée à la déglutition	Lors de la déglutition, le patient doit pousser son front vers l'avant (résistance contre la main du thérapeute).	Permet une coordination entre la contraction des muscles hyoïdiens et une remontée laryngée, impliquant une meilleure protection laryngée.

2) Prise en charge rééducative et spécifique

Ces exercices sont à réaliser quotidiennement (une à deux fois par jour) et ont pour but de renforcer la tonicité musculaire, l'amplitude, la force et la coordination des mouvements, ainsi que la sensibilité oro-faciale. Chaque exercice est à réaliser dix fois de suite devant un miroir.

<p style="text-align: center;">Exercices musculaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>La mandibule</i>: propulsion/rétraction, diduction, ouverture/fermeture simple ou par contre-résistance (en exerçant une pression opposée). - <i>Les joues</i>: gonflement d'une joue puis de l'autre et enfin des deux. Ces exercices peuvent également être réalisés par contre résistance. - <i>Les lèvres</i>: mordre la lèvre inférieure/supérieure, pincer et maintenir un papier avec les lèvres tout en le tirant, maintenir une allumette entre les lèvres, montrer les dents, faire le bruit du bisou, faire des séries de /a, o/ puis /i, u/, faire le bruit du moteur. - <i>La langue</i>: sortir la langue à droite et à gauche, toucher l'intérieur de la joue avec l'apex lingual, tirer la langue en haut puis en bas, claquer la langue, faire le bruit de la désapprobation, se lécher les babines, faire les sons /t/, /d/, /n/, /l/ (renforcent le tonus de l'apex), puis les sons /k/, /g/, /kr/, /gr/ (renforcent la musculature du voile du palais et du dos de la langue), tirer la langue en exerçant une pression sur un obstacle.
<p style="text-align: center;">Exercices de sensibilité et de reconnaissance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Vibration</i>: stimulation intra-orale, péri-orale et au niveau du cou pour une meilleure détente. <u>Outils</u>: la brosse à dents électrique, un vibreur à tête interchangeable. - <i>Texture</i>: distinguer et reconnaître différentes textures (molles, dures, rugueuses, lisses...). <u>Outils</u>: petites brosses à dents de textures différentes par exemple. - <i>Goût</i>: Identifier différents goûts. <u>Outils</u>: mêmes outils que ceux utilisés lors de l'évaluation ou de vrais aliments.

Dans les formes évoluées de dysphagie et/ou en cas de dénutrition sévère, il existe des **moyens palliatifs** comme la sonde nasogastrique, la gastrostomie et la jéjunostomie.

3) Prise en charge de l'hypersialorrhée

Elle peut être palliée par différents traitements médicaux. A notre niveau, nous pouvons proposer des *adaptations comportementales*:

- mâcher des chewing-gums pour inciter le patient à avaler volontairement sa salive.
- diminuer les boissons à base de lait, car elles épaississent la salive.
- penser à avaler la salive avant d'insérer la nourriture dans la bouche.
- dormir sur le côté dans le cas de fausses routes nocturnes régulières.
- maintenir la tête droite afin de favoriser l'écoulement de la salive vers l'arrière de la bouche.

Remarque : en cas de sécheresse buccale, il est conseillé de donner au patient des boissons glacées avant le repas.